UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 59

Contribution à l'Etude de L'Ulcère Perforé

La Forme Pseudo-Appendiculaire

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1936

PAR

René DEGOULANGE

Ancien Interne
des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

MEMBRES DU JURY

MM.	MIGINIAC	*Président.*
	DIEULAFÉ	
	BOULARAN	*Assesseurs.*
	MOREL (L.)	
	SOREL (R.)	*Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
39, RUE RIQUET, 39

1936

Contribution à l'Etude

de

L'Ulcère Perforé

La Forme Pseudo-Appendiculaire

« Ainsi toujours poussés vers de nouveaux rivages,
Dans la nuit éternelle emportés sans retour,
Ne pourrons-nous jamais, sur l'Océan des âges,
Jeter l'ancre un seul jour ? »

(*Le Lac.* LAMARTINE.)

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1936 N° 59

Contribution à l'Etude de L'Ulcère Perforé

La Forme Pseudo-Appendiculaire

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Octobre 1936

PAR

René DEGOULANGE

Ancien Interne
des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

MEMBRES DU JURY

MM. MIGINIAC — *Président.*
DIEULAFÉ
BOULARAN — *Assesseurs.*
MOREL (L.)
SOREL (R.) — *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE BERTHOUMIEU
39, RUE RIQUET, 39

1936

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	BARDIER.
ASSESSEUR		DAMBRIN.
DOYEN HONORAIRE		ABELOUS.
PROFESSEURS HONORAIRES		MOSSE.
		SAINT-ANGE.
		BEZY.
		MARIE.
		MOREL.
		TAPIE.
		AUDEBERT.
		ESCAT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	VALLOIS.
Histologie et Embryologie		ARGAUD.
Anatomie pathologique		TAPIE (J.).
Pathologie générale et expérimentale		BARDIER.
Bactériologie		RISPAL.
Pathologie interne		SERR.
Hygiène et Médecine préventive	MM.	LAFFORGUE.
Médecine légale		SOREL (E.).
Clinique médicale		DALOUS.
		LAPORTE.
Clinique chirurgicale et gynécologie		MERIEL.
Clinique chirurgicale		DAMBRIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		CAUBET.
Clinique médicale infantile et puériculture	Mlle	CONDAT.
Clinique de neurologie et psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique ophtalmologique		GORSE.
Physique biologique et médicale		ESCANDE.
Chimie et Toxicologie		MOOG.
Pharmacie		RIBAUT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROQUES.
Botanique et Matière médicale		MAURIN.
Clinique obstétricale		GARIPUY.
Physiologie		SOULA.
Clinique du cancer		DUCUING.
Clinique des Voies urinaires		MIGINIAC.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie topographique	MM.	DIEULAFE.
Chimie		VALDIGUIE.
Anatomie		CLERMONT.
Histoire naturelle pharmaceutique		MARTIN-SANS.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques (Agrégé libre)		NANTA.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie		BRUSTIER.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY.
Obstétrique		N...
Chimie pathologique		VALDIGUIE.
Pharmacologie		SOULA.
Chimie minérale		VALDIGUIE.
Cryptogamie		MARTIN-SANS.
Zoologie		VALLOIS.
Stomatologie		CADENAT.
Physique Pharmaceutique		BUGNARD.
Chimie organique		BRUSTIER.
Dermatologie et Syphiligraphie		CHATELLIER.
Législation pharmaceutique		MAURIN.
Botanique		MARTIN-SANS.
Parasitologie		N...
Otorhinolaryngologie		CALVET.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM.	CALVET.
Physiologie		DELAS.
		SENDRAIL.
Médecine		SOREL (Raymond).
		MOREL L.
		LEFEBVRE.
Chirurgie		BOULARAN.
Pharmacie		FLORENCE.
Physique médicale		BUGNARD.
Secrétaire de la Faculté		RENARD.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MES PARENTS

En témoignage de mon amour filial et de mon immense et profonde reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils se sont imposés.

Leur vie toute de travail et de dévouement est un bel exemple, que je m'efforcerai d'imiter.

A MON FRÈRE ANDRÉ DEGOULANGE

A MES GRANDS-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MIGINIAC

Professeur de Pathologie Chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON JURY DE THÈSE :

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur de Topographie Médico-Chirurgicale
à la Faculté de Médecine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR L. MOREL

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR R. SOREL

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine.

« Je jure par Apollon... d'estimer à l'égal de mes parents celui qui m'a enseigné cet Art. »

(Serment d'Hippocrate.)

A MON CHER MAÎTRE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL LEMARIÉE

Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Ex-Interne, Médaille d'Or des Hôpitaux de Paris,
Lauréat de l'Académie et de la Faculté de Médecine de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de Guerre.

Avant de quitter cette belle existence d'étudiant pour entrer dans la triste réalité de la Vie, permettez que je vienne vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi.

Pendant toutes nos études de médecine successivement stagiaire, externe, interne, vous n'avez cessé de nous prodiguer vos conseils précieux et éclairés avec une affectueuse bienveillance.

Par votre érudition, par votre haute conscience professionnelle, vous nous avez donné un bel exemple de la pratique si délicate de l'Art médical.

Veuillez trouver ici, mon cher Maître, le faible témoignage de notre vive admiration et de notre indéfectible attachement.

A NOS MAÎTRES D'INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIVEAUD

Chef de Clinique des Maladies Sociales.

Avec l'expression de notre profonde gratitude et sincère reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIONIS DU SÉJOUR

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur.

En remerciement du précieux enseignement reçu dans son service.
Hommage respectueux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUY

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Médecine,
Médecin Honoraire des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'honneur.

Hommage de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris,
Membre correspondant de l'Académie de Médecine,
Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine
et de Pharmacie de Clermont-Ferrand,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Témoignage de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE

Ex Interne des Hôpitaux de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
Professeur de Clinique Médicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

En remerciement du précieux enseignement reçu dans son service.
Témoignage de notre vive admiration.

MONSIEUR LE DOCTEUR MATHIEU

Chirurgien des Hôpitaux.

Hommage respectueux.

A TOUS NOS MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET DES

HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

Messieurs les Docteurs : François, Delorme, Dodel, Alary, Limousin, Paturet, Vaurs, Rongier, E. et S. Dechambre, Nebout, Petit, Robert, Quiquandon, Durif, Chaumerliac, Luton, Bernard-Griffits, Paul Piollet, Ackerman, Pakowski.

A NOS MAITRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

ET D'INTERNAT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ULCÈRE PERFORÉ

La Forme Pseudo-Appendiculaire.

C'est un grand drame abdominal.

C'est un malade qui entre à l'Hôpital pour une douleur aiguë, pour un « Ventre de Bois ».

Certainement, il y a les commémoratifs; certainement, il existe cet élément du « *Trépied clinique* » des auteurs français.

Alors que les Anglo-Saxons disent :

Rigidity,
Sever Pain,
Tenderness,

les auteurs français écrivent :

Ventre de Bois,
Douleur vive,
Commémoratifs.

C'est qu'en effet, dans l'interprétation d'un grand syndrome aigu, les commémoratifs sont pour beaucoup. Peut-être pas pour le diagnostic lui-même,

car une réaction péritonéale est toujours reconnue, mais pour l'étiologie.

Oh, évidemment, l'on dira que le problème étiologique est assez accessoire, qu'il importe peu de savoir ce que l'on trouvera, que la chirurgie est essentiellement fonction d'un diagnostic opératoire, et de localisation, par à peu près...

Et pourtant, n'y a-t-il pas comme une sorte de « coquetterie à fignoler un diagnostic », à essayer de tirer la quintescence de l'examen clinique, à tâcher d'envisager à l'avance l'incision à pratiquer, les manœuvres qui suivront, le pronostic possible ?

Elégance d'attitude... clinique et opératoire...

Tous les syndromes abdominaux en sont là.

Tous se ressemblent peu ou beaucoup...

On sait que le *pelvis* est une véritable mine pathologique chez la femme... et qui n'a confondu un kyste de l'ovaire tordu ou en voie d'hémorragie, avec un fibrome compliqué, ou une grossesse extra-utérine ?

Il en est de même pour un des syndromes les plus « assis » de la pathologie abdominale... Pour l'ulcus perforé, gastrique ou duodénal...

Parfois le diagnostic saute aux yeux, parfois on l'opère en pensant à autre chose, et c'est alors une surprise opératoire, parfois sans doute on le méconnaît...

Et pourtant, quelles conséquences; puisque, opéré à temps, il donne 80 % de succès; puisque opéré trop tard, il donne la même proportion de mortalité...

Evidemment, dans les diagnostics qu'il pose, certains sont dangereux, certains sont à peu près inoffensifs.

Dangereux, ceux qui, méconnaissant l' « allure chirurgicale » de l'affection, se bornent à la traiter par des moyens médicaux, comme une crise de coliques hépatiques...

Bénins... ceux qui posent un diagnostic d'intervention, même si la cause est méconnue... on pourra toujours « changer son fusil d'épaule ».

Parmi les discussions que peut poser l'ulcus perforé gastrique, ou duodénal, il en est une qui revient souvent... Elle n'a peut-être pas une grosse importance pratique, c'est une incision inutile qu'on referme, et une autre que l'on pratique... mais est-ce nécessaire ?

Nous voulons parler de la confusion possible entre la perforation d'un ulcère, et l'appendicite aiguë.

Combien de fois cela est-il arrivé ?...

Et c'est en nous basant sur des cas personnels, que nous essayons d'ébaucher cette question, cas qui se joignent à tant d'autres.. mais qui nous permettront d'intituler cet essai : « La Forme Pseudo-Appendiculaire de l'ulcère perforé. »

Titre sans prétention, car il n'y a rien de nouveau sous le soleil...

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hôpital de l'Hôtel-Dieu, Paris, 1923.

M. Y. B., âgé de 37 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, pour douleur brutale de l'abdomen, côté droit.

Les commémoratifs éloignés sont presque inexistants.

On apprend qu'il souffrait, d'une façon vague de l'estomac, digérait mal, vomissait parfois...

Il n'existe aucune précision dans les horaires, ni dans les cycles.

Il a présenté déjà une crise analogue, qui a duré quelques jours, et s'est « arrangée » avec de la glace..., le diagnostic n'a été que vaguement envisagé..., appendicite, a-t-on dit...

Et, cette fois, il arrive, en effet, en pleine crise appendiculaire...

Tous les symptômes sont là, réunis..., la douleur iliaque droite, la contracture localisée, tout...

Et pourtant, à l'opération (Dr Lemariée, interne de garde), on trouve un appendice sain, au moins macroscopiquement, et..... de la salade dans le ventre...

Le diagnostic étant fait de cette façon imprévue, on ferme aux bronzes l'incision appendiculaire, et on ouvre par voie médiane...

Il est très difficile de trouver la lésion, d'abord le pylore et le duodénum se montrent intacts, on ne trouve pas la source du liquide louche que contient l'abdomen...

Et c'est en cherchant, que l'on découvre, sur la face postérieure du pylore, une petite perforation punctiforme, masquée par des adhérences, par un bouchon de fibrine, et qui émet un peu de liquide...

Cette perforation est suturée en deux plans, une gastro-entérostomie est pratiquée, et le malade guérit, sans autre formalité...

Pas de commémoratifs nets, des signes cliniques qui siègent dans la région appendiculaire... comment ne pas s'y tromper ?...

OBSERVATION II

Hôtel-Dieu de Paris, 1923.

M. A. L..., âgé de 50 ans, arrive pour douleur abdominale violente, datant de la veille...

Pas de commémoratifs.

A l'examen (Pr Hartmann) le ventre est complètement mou...

Aucune contracture, aucune défense... et cependant il existe une douleur bien localisée, dans la région appendiculaire, des nausées, des vomissement, un peu de fièvre...

On pense immédiatement à une appendicite, mais l'examen plus minutieux montre que le malade est tabétique...

La question se complique, et l'on se demande si le réflexe « Ventre de bois » n'est pas empêché par les lésions médullaires...

Et l'on reste en suspens; le malade est mis à la glace et semble d'abord s'améliorer...

Puis la douleur augmente, dans la région appendiculaire toujours, et sans qu'aucune défense apparaisse

Pas de fièvre; l'état général semble normal..., puis il flanche d'un seul coup, et le malade meurt.

L'autopsie est faite... (Dr Lemariée) et montre, non une appendicite comme on avait pensé, mais une perforation de la taille d'une pièce de cinq francs, de la face antérieure du pylore...

L'abdomen est rempli de liquide louche et de débris alimentaires...

Le problème du tabès étant mis de côté, il n'en reste pas moins vrai que l'on a cru pendant trois jours à une crise d'appendicite en voie de refroidissement, et qu'il s'agissait d'un ulcère de l'estomac perforé...

OBSERVATION III

Mme L... B., 30 ans, Hôpital de la Pitié, Paris, 1924.

Arrive avec diagnostic d'appendicite aiguë.

Depuis un jour et demi, cette malade souffre du côté droit de l'abdomen de façon assez vive.

La douleur a commencé plutôt brutalement, par « un point de côté », dit-elle, avec un vomissement alimentaire.

Elle a eu, quelques heures après, un vomissement porracé.

La fièvre est à 38°,2, le pouls rapide, à 100, mais bien frappé.

Le faciès est vultueux, le teint très comoré.

Au point de vue fonctionnel, la douleur a plutôt diminué. Elle est maintenant sourde et continue.

L'examen physique montre un abdomen un peu mé-

téorisé, la palpation révèle une contracture véritable dans la région appendiculaire; le reste de l'abdomen est souple, entièrement.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë, et l'intervention est décidée d'urgence.

A l'opération (Dr Lemariée), l'on trouve un appendice normal, et une quantité abondante de liquide trouble dans l'abdomen, avec quelques débris alimentaires.

L'appendice est enlevé, l'incision refermée en un plan péritonéal, et un plan total, et l'on se reporte sur la ligne médiane, par une laparotomie sus-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on voit sourdre du liquide de la région pylorique.

L'ulcère est là, sur la face antérieure du pylore, petit, l'ouverture est comme une pièce de cinquante centimes, les bords sont durs, le pourtour est calleux.

Il est à noter qu'il n'existait pas de commémoratifs digestifs nets, sauf « quelques indigestions, quelques vomissements », et qu'on ne pouvait faire préciser aucune période, aucun horaire.

La suture, après avivement des bords est difficile, car les fils coupent.

On fait une suture à distance, avec plicature, un plan péritonéal, une épiplooplastie.

Un drain est laissé dans le Douglas par l'incision d'appendicite réouverte.

Les suites opératoires sont normales, et la malade part guérie, un mois après.

Encore un cas où le diagnostic posé fut appendicite.

OBSERVATION IV

M. Pl... R., 37 ans, Hôpital Cochin, Paris, 1921.

Entre dans le Service du professeur Delbet, pour crise douloureuse abdominale, datant de la veille.

Ce malade se plaignait depuis quelques années de troubles digestifs, renvois acides, régurgitations, quelques vomissements espacés; tout ceci par crises durant plusieurs jours, et dans l'intervalle desquelles il se croit guéri.

La veille il a été pris, trois heures après le repas du soir d'une violente douleur abdominale, plutôt épigastrique, dit-il, mais sans localisation bien nette.

Un médecin appelé fait mettre des compresses chaudes et ordonne la diète.

La nuit se passe avec quelques vomissements verdâtres, la douleur très vive au début, s'est atténuée.

La température est à 38°, le pouls bien frappé à 100, le faciès normal, l'état général excellent.

A l'examen d'entrée (Dr Lemariée, interne) on trouve un abdomen nettement contracturé au niveau de la fosse iliaque droite, cependant la région épigastrique est douloureuse, et se défend.

Vu les commémoratifs digestifs, on pense à la possibilité d'un ulcère perforé, et l'interrogatoire est repris.

Le malade qui répond parfaitement bien, ne peut préciser exactement de quoi il se plaint, il a eu des indigestions, dit-il, des troubles gastriques, « a pris des poudres... » tout ceci reste dans le vague.

Le début des accidents qui l'amènent n'a pas été très brusque, et il se plaignait du ventre depuis quelques heures.

A l'examen, c'est nettement la région appendiculaire qui est douloureuse, contracturée, et ne respirant pas.

Le reste de l'abdomen est souple, une douleur épigastrique, nullement comparable en intensité existe encore, mais sans défense.

On pense à une appendicite aiguë, et l'opération est immédiatement pratiquée.

Sous anesthésie générale, à l'éther, incision de Mac-Burney : Dr Lemariée).

L'appendice est normal, du liquide louche descend en abondance des régions supérieures, et l'on aperçoit un petit morceau de carotte.

L'opération est reprise par voie médiane, et mène sur un ulcère duodénal perforé.

L'ulcère est jeune, la suture facile.

On termine cependant par une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à anse courte.

La cicatrice appendiculaire avait été laissée ouverte provisoirement, et permet le drainage du Douglas.

Les suites opératoires sont des plus normales.

Voici maintenant un cas où les suites furent désastreuses.

OBSERVATION V

Hôpital Saint-Louis, Paris, 1925.

M. A... L., 38 ans, entre dans le Service du professeur Lecène avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Il entre un matin et l'examen est fait minutieusement par le professeur Lecène lui-même.

La douleur actuelle a commencé non très brusquement, mais en une heure environ, et par accroissement continu.

D'abord très vive, elle s'est atténuée, et est supportable au moment de l'examen.

Les signes physiques sont à la fosse iliaque droite, qui est en plein état de contracture, le point de Mac-Burney est très net.

Mais le reste de l'abdomen est douloureux, respire mal et se défend.

L'état général est déficient, fièvre peu élevée, mais pouls à 120, mal frappé, le malade est dyspnéique.

On pense à une péritonite aiguë d'origine appendiculaire.

L'opération est partiquée immédiatement.

Anesthésie générale à l'éther, Pr Lecène, aide, Dr Lemariée.

Une grande incision de Mac-Burney montre une quantité abondante de liquide purulent dans l'abdomen, ainsi que des débris alimentaires.

Par l'incision, un drain est placé dans le Douglas.

Et une laparotomie médiane sus-ombilicale mène sur un ulcère du pylore perforé qui est suturé.

Vu l'état général du malade, la gastro-entérostomie n'est pas faite.

Décès par péritonite, deux jours après l'opération.

OBSERVATION VI

Clinique Michelin, Clermont-Ferrand, 1931.

Mme J... L., âgée de 39 ans, entre pour crise douloureuse abdominale, datant de la veille.

Elle a été prise brusquement d'une violente douleur au creux de l'estomac.

A l'examen, la fosse iliaque droite est contracturée, et le point appendiculaire manifeste.

Il existe une légère douleur épigastrique et vésiculaire, mais presque sans défense.

Peu de signes fonctionnels, des nausées, un vomissement et des signes généraux qui ne sont pas alarmants.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë, et l'opération est pratiquée de suite.

(Dr Lemariée; aide : Degoulange.)

Ici encore, l'appendice est trouvé sain, un peu rougeâtre, mais n'expliquant nullement les symptômes.

Il n'existe que peu de liquide dans le ventre, mais il semble venir de plus haut.

On reprend l'opération par voie médiane sus-ombilicale, et l'on trouve un ulcère duodénal perforé, mais en grande partie « bouché » par le foie.

En relevant celui-ci, on voit s'écouler du liquide bilieux.

La suture est simple, une gastro-entérostomie est faite.

Les suites opératoires sont normales, sans drainage.

OBSERVATION VII

Clinique Michelin, 1931.

M. L... R., âgé de 37 ans.

Pris la veille pendant son travail d'une douleur abdominale brusque, qu'il situe dans la région ombilicale, puis « tout le creux de l'estomac », dit-il...

Plusieurs vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux.

La douleur de début s'est atténuée, et reste sourde, elle est maintenant iliaque droite.

Le malade est envoyé à la Clinique des Neuf-Soleils pour appendicite aiguë.

A l'examen, tout l'abdomen est douloureux, en particulier la région épigastrique.

Mais essentiellement la fosse iliaque droite.

A ce niveau existe une défense manifeste qui ne se montre pas ailleurs.

Peu de commémoratifs.

Le malade souffre bien de l'estomac depuis quelques années, mais c'est un alcoolique invétéré, et il ne peut donner aucune précision.

On le surveille quelques heures, et, le soir, en face

de l'accroissement des signes physiques, d'un nouveau vomissement, on opère pour appendicite aiguë.

(Dr Lemariée; aide : Degoulange.)

Ici encore, le diagnostic est vite rectifié, il s'agit d'un ulcère pylorique rompu.

L'opération est facile, mais le malade succombe quelques jours plus tard d'un delirium.

Voici maintenant un cas où le diagnostic fut presque fait, mais où l'opération fut commencée quand même par incision de Mac-Burney.

OBSERVATION VIII

Mme J... L., 47 ans, entre d'urgence à la Clinique Michelin, en octobre 1933, pour appendicite aiguë.

Elle a été prise la veille au soir d'une douleur brusque, épigastrique.

Cette douleur, très vive au début, s'est atténuée au bout de quelques heures.

Elle a vomi deux fois, vomissements alimentaires.

A l'entrée, l'état général est bon, la fièvre à 37°,8, le pouls à 90 bien frappé.

Peu de signes fonctionnels, sauf une douleur abdominale continue, assez diffuse, et d'intensité plutôt médiocre.

A l'examen, il existe de la douleur et de la contracture dans deux régions :

D'abord la région de l'hypocondre droit, et la région appendiculaire, où elle est à son maximum.

Commémoratifs intéressants.

La malade se plaint depuis l'âge de 20 ans de trou-

bles digestifs, elle suit un régime, mais n'évite pas malgré cela des douleurs tardives par périodes.

Ces douleurs qui surviennent surtout après le repas de midi, beaucoup plus rarement le soir, sont calmées par l'ingestion d'une petite quantité de lait, ou une bouchée de pain.

Elles surviennent par crises, de plusieurs jorus à la file, avec des intervalles libres manifestes.

Elle a été radiographiée pour l'estomac quelques années auparavant, mais sans résultat.

Cette malade est revue plusieurs fois, et les symptômes restent les mêmes. La région appendiculaire reste toujours la plus douloureuse, l'épigastre à degré moindre.

Un vomissement nouveau survient.

Il existe manifestement une lésion abdominale, mais le diagnostic étiologique reste en suspens, on pense à la possibilité d'un ulcère perforé, également à une appendicite aiguë, et l'on décide de commencer l'opération par une exploration de l'appendice.

Or celui-ci est trouvé sain. Pas de liquide dans l'abdomen.

On procède cependant à une laparotomie médiane sus-ombilicale qui montre un ulcère perforé de la face antérieure du pylore.

Cet ulcère est en partie « bouché » par le foie.

Suture, gastro-entérostomie, pas de drainage, guérison.

OBSERVATION IX

M. L... L., 47 ans, peintre en bâtiment.

Etant au café, est pris brusquement d'une violente douleur para-ombilicale droite qui l'oblige à s'étendre.

Son médecin traitant vient le voir dans cette situa-

tion, et sans poser de diagnostic ferme, l'envoie d'urgence à la Policlinique.

Il est examiné une heure après.

Il n'existe bien entendu pas de signes généraux, sauf un état d'anxiété assez marqué, la voix est basse, les gestes rares, la douleur est encore assez vive, et gêne la respiration.

Cette douleur spontanée siège dans la partie droite de l'abdomen, zone sous-hépatique, fosse iliaque.

A l'examen, toute la moitié droite du ventre se défend, le malade qui est alcoolique a des réflexes de défense très accentués. Mais le palper montre que la fosse iliaque droite est particulièrement douloureuse.

Le malade est surveillé trois heures, et revu; aucune modification des symptômes.

A minuit, la fosse iliaque restant très douloureuse, un vomissement étant survenu, on se décide à opérer pour appendicite aiguë, bien que pensant à la possibilité d'un ulcus perforé. Il existe en effet quelques commémoratifs gastriques, mais sans aucune netteté.

Et une fois de plus, l'opération montre qu'il s'agit en effet d'une perforation d'ulcère gastrique.

Les suites opératoires sont excellentes, le malade, en pleine santé a repris ses occupations, et son absence complète de régime.

OBSERVATION X

M. L..., chapelier, 56 ans, est pris brusquement d'une douleur vive au creux épigastrique.

Il est obligé de s'étendre et fait venir son médecin traitant qui le surveille quelques heures, et ordonne son transport à la Policlinique.

Là le diagnostic est longuement discuté entre ulcus perforé et appendicite aiguë.

En faveur de l'ulcus, il y a l'âge, des commémoratifs gastriques, le début brutal et épigastrique.

En faveur de l'appendicite, il y a le siège de la douleur au moment de l'examen, elle est nettement appendiculaire, et l'épigastre est à peine douloureux. Cette douleur s'accompagne d'une défense très nette. On hésite assez longuement, et finalement, malgré la prédominance des symptômes à la fosse iliaque droite, on se décide pour une exploration médiane.

Laparotomie sus et sous-ombilicale, à cheval, qui montre la perforation d'un ulcère calleux de la face antérieure du pylore. A noter que l'estomac est très ptosé.

Suites opératoires excellentes. Le malade a repris son travail et est revu fréquemment en parfaite santé.

OBSERVATION XI

M. A... M., 47 ans, Clinique Michelin, 1931.

Arrive pour syndrome douloureux abdominal, remontant à quarante heures.

Le malade, très obèse, cardiaque par surplus a été pris brusquement d'une douleur vive dans la région de l'hypocondre droit, avec un vomissement.

Il s'est couché, et n'a fait venir son médecin que le lendemain.

A ce moment le siège de la douleur est tel que le diagnostic porté est celui d'appendicite aiguë.

Et, de fait, il arrive à la clinique avec une fosse iliaque droite très douloureuse et contracturée.

Le reste de l'abdomen est entièrement souple, et à peu près indolore.

Le diagnostic évident est, en effet, « appendicite aiguë ».

Et l'opération est pratiquée immédiatement.

(Dr Lemariée; aide : Degoulange.)

Et l'opération montre encore une fois la présence d'un ulcère perforé de la face antérieure du pylore.

OBSERVATION XII

M. A... M., 42 ans, Clinique Michelin, octobre 1935.

Arrive à la clinique avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Il a été pris la veille d'une douleur abdominale très violente, dans la région de l'hypocondre droit, et a vomi une fois.

A l'examen, l'abdomen est souple sauf la fosse iliaque droite.

La douleur est nette au point de Mac-Burney.

L'opération encore une fois montrera un ulcère perforé duodénal.

Les suites opératoires sont normales.

Voici donc un certain nombre d'observations, et il en existe bien d'autres, où l'Ulcère perforé gastro-duodénal fut pris pour une appendicite aiguë, parfois avec erreur complète de diagnostic, dans d'autres cas en s'en méfiant quand même.

Demandons-nous d'abord pourquoi l'erreur est si fréquente. Il semble normal que la douleur de la perforation de l'ulcère et le maximum de symp-

tômes siègent dans la région épigastrique, plus ou moins à droite de la ligne médiane. Or, ce n'est pas le cas dans la plupart des observations citées, ou du moins après un début épigastrique la douleur s'est localisée dans la fosse iliaque droite. De nombreuses hypothèses ont été émises à ce sujet, aucune ne donnant vraiment satisfaction.

Nous ignorons en effet les causes véritables de la douleur pariétale, et les raisons de sa plus ou moins grande concordance avec le viscère lésé.

La preuve en est le nombre de points douloureux décrits dans l'appendicite aiguë, et qui ne varient que peu, quelle que soit la situation de l'appendice.

On a fait intervenir des réflexes viscéro-pariétaux, mais ce n'est pour le moment qu'un mot.

Lorsque du liquide, acide en général, puisqu'il s'agit souvent du pylore, ou bilieux, si le duodénum est en cause, se répand dans l'abdomen, on comprend fort bien qu'il soit collecté jusque dans la fosse iliaque droite.

En effet l'abdomen présente deux cloisonnements transversaux, le mésocolon transverse, et la racine du mésentère. Mais il présente en plus deux gouttières verticales qui conduisent vers la fosse iliaque tous les liquides pathologiques.

A gauche, c'est le côlon descendant, continué par le côlon pelvien, et qui, dans le dièdre formé par la paroi, aboutit directement au petit bassin.

A droite, c'est la gouttière formée par le cœcum et le côlon droit, qui s'arrête un peu au-dessous de la ligne innominée.

Et la gouttière droite est infiniment plus importante que la gauche, d'abord parce qu'elle loge le cœcum et l'appendice, c'est-à-dire le siège le plus habituel des suppurations abdominales, ensuite parce que la racine du mésentère, s'inclinant de haut en bas, et de gauche à droite, collecte dans cette région tous les liquides d'origine sus-mésentérique.

Et l'on comprend que le liquide irritant issu d'une perforation gastro-duodénale vienne dans la région de la racine du mésentère, c'est-à-dire dans la région appendiculaire provoquer une réaction péritonéale.

Malheureusement, les cas ne sont pas rares, où la douleur iliaque existe en l'absence de liquide...

L'opération nous montre en général que ce liquide est répandu d'une façon uniforme dans l'abdomen, et spécialement dans le cul-de-sac de Douglas, qui est le grand collecteur des suppurations, de par sa déclivité.

D'autre part, encore, en admettant la réaction de la fosse iliaque, la douleur épigastrique devrait toujours exister; or, si certaines observations nous montrent qu'il existe deux régions douloureuses, d'autres nous montrent la région épigastrique à peu près indemne et souple.

L'accord n'est donc pas prêt de se faire sur cette question, et il faudrait, semble-t-il, dissocier, par l'interrogatoire, malheureusement difficile ordinairement, deux sortes de phénomènes douloureux.

La douleur de début, dont le siège est indicateur de l'organe lésé, la seule vraiment importante.

La douleur diffusée, dont la localisation est infiniment moins éloquente.

Mais ce sont là des éléments que l'on néglige trop en général.

Dans toutes les observations citées, la douleur initiale a été épigastrique ou sous-hépatique.

Et cependant, des erreurs de diagnostic répétées ont été commises.

Ce qui prouve que l'éducation clinique progresse continuellement, aidée surtout par les erreurs, et nous reviendrons ultérieurement sur cette question du siège initial de la douleur.

Bref, ne voulant pas faire de la pathogénie, mais de la clinique, nous continuerons d'examiner le problème à ce point de vue.

Et nous nous demanderons d'abord quels sont les éléments de diagnostic positif de l'ulcère perforé.

ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC POSITIF

Nous n'aurons en vue que les perforations aiguës. On sait en effet que certains ulcères gastro-duodénaux se présentent à la radiographie avec une niche caractéristique, qui a dépassé les limites de la paroi gastrique. Et cependant, on peut constater souvent l'absence totale d'accidents cliniques dramatiques. On a parlé peut-être de « crise ulcéreuse » particulièrement intense, mis le malade à un traitement médical, et tout s'est borné à cela. Ces perforations se sont faites, en général, soit dans des adhérences péritonéales, et ce sont les « Ulcères perforants », soit dans des viscères voisins, et ce sont les « Ulcères térébrants ».

Il est évident que ces perforations masquées peuvent secondairement évoluer « à bas bruit », et donner des périgastrites suppurées ou des abcès sous-phréniques, mais nous n'envisagerons pas cette éventualité.

La perforation aiguë, en péritoine libre, d'un ulcus gastro-duodénal, est peut-être le problème

d'urgence le plus fréquent qui se pose après l'appendicite aiguë.

Et cette notion de fréquence ne doit pas nous échapper, vu l'importance que le simple bon sens lui donne en clinique.

Les chiffres les plus récents, et les plus précis, qui sont ceux des frères MAYO, montrent qu'il existe 28 % de perforations dans l'ulcère duodénal, et 22 % dans l'ulcère gastrique, et que d'autre part il y aurait à tenir compte de perforations non diagnostiquées et non opérées.

La fréquence se place spécialement entre 25 et 50 ans, et c'est une notion que nous retiendrons pour le diagnostic. Enfin, avant de rechercher les signes cliniques spéciaux, susceptibles de poser le diagnostic, nous dirons, pour mémoire, que MOUTIER a divisé cette affection en deux classes :

A) Les *ulcérations aiguës* perforantes d'emblée, avec infection péritonéale suraiguë diffuse;

B) Les *ulcérations chroniques* avec perforation épisodique, cette catégorie comprenant des processus aigus ou subaigus, des perforations mécaniques, des ruptures d'ulcères cicatrisés.

Mais peu importe au point de vue clinique, le tableau étant à peu près toujours le même.

Il est évident que, selon la rapidité de la rupture, la possibilité d'une « Couverture » au moins pendant un certain temps, le tableau va se trouver modifié, et que la région épigastrique pourra se trouver plus ou moins dépossédée de la sympomatologie, au profit de la fosse iliaque...

Il n'en reste pas moins vrai que l'on peut brosser un tableau clinique à peu près constant, modifié évidemment selon les circonstances.

Les éléments du diagnostic positif sont essentiellement :

Le début par une *douleur brutale et épigastrique,*

Le syndrome de perforation digestive,

Les commémoratifs.

Quelle est la valeur de ces éléments ?

La DOULEUR de début est ordinairement très violente. Ce signe est à peu près constant, et le moment où elle éclate est ordinairement précisé par le malade avec exactitude.

Si son siège n'est pas forcément épigastrique, du moins est-elle presque toujours sus-ombilicale.

Son horaire, surtout par rapport au dernier repas, est extrêmement variable, son intensité est le caractère dominant.

Mais on a usé de trop de métaphores pour cette intensité : « Coup de poignard, douleur syncopale, douleur pliant en deux le malade... » Combien de fois avons-nous vu des perforations, celles-là typiques, et dont la douleur était atténuée, très supportable... Certains malades seront plutôt excités, d'autres très précautionneux de gestes et de paroles. Certains se plaindront de façon continue, et d'autres à peine... Toutes les variantes existent.

Ses irradiations possibles ont été très recherchées et décrites.

Bien que les observations précitées ne parlent guère d'irradiations, parce que le diagnostic apparaissait trop facile, nous nous rappelons de nombreux ulcères perforés vus pendant notre internat, que les irradiations sont en général inexistantes.

On les a décrites ascendantes, à droite ou à gauche, ou descendantes vers les fosses iliaques, ou transversales, « en ceinture ».

La vérité est que le malade ordinairement précise très mal, qu'on arrive à lui faire dire ce que l'on veut ou à peu près, donc que, d'une façon générale, on ne peut guère compter sur le caractère des irradiations.

Un point nous semble important : la douleur de début, la douleur de perforation, semble bien concorder, quant à son siège avec le viscère en cause, plus tard la localisation a une importance très diminuée, il se produit une véritable diffusion douloureuse, où l'interrogatoire, où l'examen clinique minutieux essaieront de retrouver le siège initial.

Il en est de même pour la douleur provoquée par le palper.

Le siège initial de cette douleur, de la défense ou de la contracture qui l'accompagnent, doit être recherché, car il vient une époque où les données de la palpation ne donnent plus aucune précision.

Les vomissements n'apportent pas un véritable élément de diagnostic. Il est curieux de constater, comme l'a dit Mondor, que, de toutes les péritonites, ce sont celles d'étiologie digestive qui font le moins vomir.

De façon classique, l'état général montrerait un état de choc au moins transitoire ; or, que de malades avons-nous vus absolument indemnes de ce choc ?

Il en est de même de la température qui ne s'élèvera que tardivement, et du pouls, en général normal.

Donc, pour le début, le symptôme prépondérant est habituellement le caractère brutal, et sus-ombilical de la douleur.

Ce n'est pas à ce moment-là que l'on examine ordinairement le malade, c'est à l'étape suivante, après ou non une rémission trompeuse, qu'il est classique de signaler.

C'est alors le SYNDROME DE PERFORATION DIGESTIVE.

Il tient tout entier, au point de vue clinique courante, dans un symptôme, la « *contracture* ».

Très rapidement, en effet, l'abdomen présente ce symptôme caractéristique.

Les données de l'inspection varient, puisque, presque rétracté au début, l'abdomen redeviendra normal pour se ballonner plus ou moins... mais trop tard...

De toute façon la contracture est constante, nette, et nous ne décrirons pas ici les caractères classiques du « ventre de bois » et la différence qu'il présente avec la simple défense réflexe.

La contracture, toujours appréciable bien qu'à un degré différent suivant les malades, et l'intensité des

phénomènes s'accroît au palper appuyé, et persiste. Le repos, la glace, ne la modifient pas, elle ne fait au contraire que s'accroître. Cette contracture répond du reste au maximum de douleur provoquée, et son caractère fondamental sera donc comme pour la douleur le siège de son apparition, le siège de son intensité maximum plus tard lorsqu'elle se sera étendue.

Existant dans tous les cas, que le liquide épanché soit abondant ou de quantité négligeable, elle constitue toujours, bien que pouvant exister dans des lésions hémorragiques, la meilleure signature d'une « effraction péritonéalée » (nous n'osons pas absolument dire d'une infection).

Mais nous pensons que, comme pour la douleur, c'est son siège de début qui est le plus important.

Nous ne ferons que citer en plus l'hyperesthésie cutanée, commune à de nombreuses affections et difficile à rechercher, la disparition des réflexes cutanés abdominaux, qui d'après JUDINE signifie l'atteinte péritonéale, quelle que soit sa cause, la sonorité préhépatique, au moins dans sa variété récente, car dans toute péritonite, elle existe tardivement par distention du côlon transverse.

Constatée précocement, ce qui n'est pas très fréquent, elle constitue évidemment un bon signe de perforation digestive.

Parfois, la percussion constatera la présence de liquide dans l'abdomen, mais c'est un symptôme déjà tardif, et nous recherchons des signes précoces.

Et l'interrogatoire du malade intervient en troisième ligne. Evidemment, il est bien connu que les commémoratifs manquent dans une grande partie des cas, ou sont estompés, ou mal précisés, mais lorsqu'ils existent, lorsque l'interrogatoire révèle la présence de crises ulcéreuses périodiques, saisonnières, à périodicité, à horaires fixes, commençant et se calmant de la même façon, quel argument de poids en faveur de l'ulcère perforé, au moins gastrique, puisque pour le duodénum il est de règle de dire qu'il se révèle très souvent pour la première fois par une complication, par « le coup de tonnerre dans un ciel serein ».

Nous avons donc tenté de substituer, aux descriptions classiques de la perforation des ulcères, une sémeiologie moins simplifiée.

Sans nous occuper des « trépieds cliniques », qu'ils soient français ou anglais, nous dirons pour résumer que : La perforation *typique* des ulcères gastro-duodénaux, présente certains caractères fondamentaux :

Un *début*, par une douleur brusque, et épigastrique, au moins sus-ombilicale.

Une *période de « rupture digestive »* avec sa douleur provoquée, et sa contracture, de même siège.

Et que l'interrogatoire vient en aide dans certains cas.

Mais, fait essentiel, cette séméiologie simpliste n'existe que précocement, car douleur et contracture vont diffuser et s'étendre, ne conservant pas

toujours leur siège maximum à l'endroit du début des lésions.

Fait fondamental également, ceci correspond à un type courant et douleur et contracture peuvent être de siège différent, unique ou prépondérant, comme dans les observations que nous avons relatées.

Il faut remarquer cependant que les malades ont en général été examinés sérieusement d'une façon tardive, et que dans la majorité des cas, on retrouvait à l'interrogatoire la notion du siège de début.

La radiographie a fait l'objet de travaux récents.

Son but est de rechercher l'existence du pneumo-péritoine et l'examen radiologique peut être fait d'urgence. Il s'inspire d'une technique un peu spéciale : Il faut en particulier disposer très rapidement du matériel radiologique pour ne pas retarder l'opération, et proscrire l'absorption de toute substance opaque.

Le malade sera examiné couché d'abord, et l'on se rendra compte du jeu du diaphragme qui peut être très limité. Puis, le sujet étant vu en position verticale, on recherche l'existence d'images gazeuses anormales sous la coupole diaphragmatique.

Lorsque son état le permet, on pourra l'examiner en décubitus latéral droit et gauche, et obtenir des images de pneumo-péritoine.

Elles se caractérisent : En position verticale, par la présence sous le diaphragme d'un croissant gazeux clair sous-hépatique, à droite, d'une image

claire à gauche, entre le liseré sombre du diaphragme, et la poche à air.

La constatation du pneumo-péritoine se ferait dans plus de la moitié des ulcères perforés.

Mais on peut ne pas le trouver, ou le méconnaître, ou le confondre avec une image normale, il reste donc d'une réalisation et d'une interprétation délicates.

Telles sont les caractéristiques cliniques du syndrôme « ulcère perforé » dans sa forme typique.

Nous signalerons qu'il existe à côté d'elle toutes les variantes :

Les *perforations latentes* que nous n'envisagerons pas, leur symptomatologie étant trop lente, trop estompée pour donner lieu à une erreur.

Les *perforations couvertes*,

Les *perforations frustes*.

Ces deux dernières variétés méritent d'être plus longuement considérées.

La PERFORATION COUVERTE, appelée subaiguë par KRYMHAN, en 1907, puis par SCHNICKLER, en 1912, est une éventualité clinique, certainement rare, où la perforation se trouve obstruée par des formations voisines, adhérentielles ou viscérales.

Son expression clinique est éminemment variable. Certaines ont été de véritables découvertes opératoires. D'autres ont donné au début un syndrome typique de perforation, mais avec atténuation pro-

gressive des signes, l'examen physique donnant des renseignements rudimentaires par rapport à la gravité fréquente des signes fonctionnels ou généraux. D'autres se présentent avec une allure lente, une symptomatologie floue, imprécise, de siège variable, puisque l'évolution est retardée.

Il est évident que ces cas peuvent prêter à confusion plus sans doute que les formes typiques, mais nous n'avons pas eu l'occasion d'en voir.

La PERFORATION FRUSTE a été appelée également « perforation trompeuse » et ce serait entrer là dans toute la gamme des formes cliniques, or nous ne voulons en envisager qu'une seule : celle qui, à une période quelconque de son évolution, en général au moment un peu tardif où on examine le malade, ressemble pour une raison quelconque à l'appendicite aiguë ou subaiguë.

Cette symptomatologie fruste a d'ailleurs de nombreuses raisons, la « couverture » de la perforation, sa tendance à l'enkystement, elle répondrait essentiellement à des évolutions lentes, à des fissurations plutôt qu'à des perforations véritables, quitte à voir les phénomènes se compléter en deux temps...

Mais nous avons voulu ne citer, pour rester dans le schéma général le plus typique et le plus fréquent, que des perforations aiguës, complètes, à évolution diffuse, et ressemblant, à un quelconque moment de leur évolution, à l'appendicite.

Il est évident que si l'on entre dans l'étude détail-

lée des formes cliniques, qu'il est toujours facile de décrire innombrables, les causes d'erreur augmentent considérablement. Et il est permis de supposer qu'une perforation lente qui évoluerait bas sur un estomac ptosé, ressemblerait encore plus peut-être à l'appendicite.

Mais telle n'est pas notre intention, et nous nous cantonnons dans l'étude des formes typiques.

Il est évident encore que la question du siège peut être importante, que si l'ulcère haut situé peut emprunter une symptomatologie thoracique, l'ulcère bas situé sur le duodénum évoquera l'appendicite mieux qu'un autre... Nous n'insisterons pas sur ces éventualités.

Ce que nous avons voulu montrer, à la faveur de quelques observations personnelles, c'est que la perforation aiguë typique d'un ulcère gastro-duodénal peut simuler l'appendicite aiguë au point de provoquer des erreurs de diagnostic, même après des examens sérieux et minutieux, et nous voudrions essentiellement rechercher, bien que l'importance opératoire ne soit pas en réalité considérable, sur quels signes on pourrait se baser pour éviter cette confusion.

C'est pourquoi nous laisserons de côté la radiographie, qui demande l'emploi d'urgence d'un matériel perfectionné, et la présence d'un radiographe averti capable d'interpréter les images obtenues.

Et nous arrivons à cette conclusion que les signes fondamentaux sont des signes précoces, que l'on

voit rarement parce que le malade est examiné trop tard, mais que l'on peut en général retrouver par l'interrogatoire, ou plutôt des « localisations précoces des signes ».

Et l'erreur provient en général de ce fait que l'on examine le malade à une période déjà de diffusion, bien qu'une autre cause d'erreur puisse résider dans des symptômes anormaux. Il est bien connu que la douleur de l'appendicite peut être lointaine par rapport au point classique, ainsi que la défense ou la contracture.

Il est bien connu que la douleur de l'ulcère perforé a fréquemment un siège iliaque droit, plus ou moins tardif, plus ou moins prédominant, parfois coïncidant avec le siège caractéristique, et le masquant plus ou moins, parfois prédominant, parfois même existant seul.

Les causes en sont multiples mais cela légitime la description rapide d'une forme dite « pseudo-appendiculaire ».

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Existe-t-il des éléments véritables de diagnostic différentiel ?

Il faut bien reconaître que non.

Reprenons l'un après l'autre les éléments sémeiologiques volontairement simplifiés et vus plus haut.

La douleur de début. — Oui, il est évident qu'elle est en général plus brutale que dans l'appendicite même très aiguë. Celle-ci, en général, commence de façon plus lente, même si elle doit s'accroître et acquérir son maximum. Il est du reste des cas où la douleur de début de l'appendicite, sphacèle perforation, est brutale d'emblée.

Le siège de début ? Il est entendu qu'il est presque toujours épigastrique ou un peu latéralisé, mais sus-ombilical, et ce n'est que secondairement, que ce soit rapidement ou tardivement qu'une localisa-

tion iliaque plus ou moins prépondérante peut aiguiller vers une erreur. Nous pensons qu'un interrogatoire minutieux, un examen très doux, très lent, retrouvera toujours la localisation maximum de début si masquée soit-elle.

Mais les cas existeront toujours où cette notion manquera, de même dans l'appendicite la douleur épigastrique plus ou moins prépondérante n'est pas exceptionnelle.

Et cette notion du siège de début qui semble fondamentale, doit s'étendre également à la douleur provoquée, à la défense à la contracture.

Rechercher avec une patience inlassable l'endroit exact d'éclosion des symptômes, et, sous une apparente diffusion, leur siège exact, en se gardant des examens hâtifs, qui font mal partout, des mains froides que le malade ne supporte pas, des palpers trop appuyés, de la suggestion involontaire de l'examen, c'est encore là la meilleure chance de succès, et cela se réduit somme toute à la fois à bien peu de chose, puisque ce sont de tout petits détails... et à quelque chose de considérable, puisque c'est toute une éducation, toute une expérience clinique qui sont en jeu.

Qu'il y ait des cas anormaux, pour des raisons d'évolution de siège, ou bien d'autres causes plus ou moins claires, soit, c'est évident... Mais l'erreur n'est pas souvent aux signes, elle est à l'interprétation, et l'examen des observations rapportées montre que dans presque toutes il y avait la possibilité de penser à une perforation d'ulcère et non à une

appendicite. Que cela n'ait pas été suffisant pour faire commencer l'opération par une laparotomie médiane au lieu d'une incision de Mac Burney, c'est une autre question.

Il est légitime, lorsqu'il reste un doute, de commencer par le plus simple et le plus fréquent, mais émettre ce doute au lieu de conclure ferme, n'est-ce pas déjà une amélioration de l'esprit clinique ?

Et Le Dentu n'a-t-il pas écrit : « Les erreurs de diagnostic diminuent au fur et à mesure que le sens clinique s'affine. »

D'autres éléments peuvent du reste entrer en jeu, susceptibles de renseigner comme de tromper.

L'âge n'est pas sans importance, celui de la perforation d'un ulcère n'est pas en général celui de l'appendicite, mais ce serait s'exposer à l'erreur que de trop insister sur cette différence.

De même l'interprétation des troubles digestifs que révèle l'interrogatoire.

Il est certain que dans l'un et l'autre cas, ils sont souvent absents, et les statistiques ont essayé de nous préciser leur fréquence...

Lorsqu'ils existent, on peut évidemment essayer d'opposer la dyspepsie hypersthénique, bien catalogée de l'ulcus, à la dyspepsie fantaisiste de l'appendicite, mais ce sont là de petits détails souvent erronés, et qui ne valent que par leur réunion et leur groupement.

Nous voulions donc montrer essentiellement, qu'à côté de cas où véritablement une symptomatologie anormale aiguille forcément ou presque vers l'er-

reur; et ils existent, il est surtout des cas où le malade est vu trop tard, où on l'interroge, où on l'examine trop peu, avec une idée préconçue, où l'on ne tient pas assez compte des commémoratifs — et ceux-là sont les plus fréquents.

Cela ne veut pas dire qu'en remplissant toutes les conditions d'un interrogatoire et d'un examen clinique minutieux, le doute ne puisse subsister. Mais le doute n'est déjà plus l'erreur.

Et des moyens de diagnostic, évidemment difficiles à mettre en jeu comme la radiographie pour l'ulcère perforé, peuvent dès lors entrer en scène à bon escient et non être réclamés au hasard, et pour le plaisir de dire « qu'on a été complet ».

CONCLUSIONS

1° Toutes les affections médicales, toutes les lésions chirurgicales sont susceptibles de revêtir des formes qu'il est commode d'appeler « Formes cliniques ».

Ces variétés existent, selon le siège, le mode de début, l'évolution, etc...

2° Mais trop souvent ce terme est destiné à masquer une insuffisance d'examen ou d'interrogatoire.

3° C'est ainsi que l'ulcère perforé, soit gastrique, soit duodénal possède de nombreuses « formes » :

Forme typique aiguë,
Forme couverte,
Forme bouchée,
Forme fruste, etc...

4° Il est une modalité de l'ulcère perforé qui ressemble à l'appendicite, et même, seule éventua-

lité que nous envisagions, dans sa forme normale de rupture franche. Et nous croyons que l'on peut vraiment parler d'une forme pseudo-appendiculaire.

5° L'erreur n'est pas grave; même si elle se poursuit, même si le doute n'intervient pas, le diagnostic mènera à l'intervention... et sera rectifié par elle... et même, l'incision primitive de MAC-BURNEY, servira ou pourra servir au draînage du DOUGLAS... Mais il ne faut pas oublier qu'elle n'aura pas été faite pour cela... mais par erreur, tant mieux si elle sert à quelque chose.

6° Dans ces erreurs de diagnostic, ou dans ces « doutes prolongés dont nous donnons quelques exemples, pour légitimer cette forme pseudo-appendiculaire », quelle est la cause du mauvais aiguillage ? Certainement, parfois, des symptômes vraiment anormaux, mais nous pensons que ce n'est pas la règle.

Evidemment, la douleur, la contracture d'une appendicite peuvent être de siège très anormal... la douleur, la contracture d'une perforation gastrique aussi.

Mais ordinairement, c'est parce que le malade est vu trop tard, à une époque de diffusion de la symptomatologie, et l'on doit tâcher de retrouver sa pureté initiale par l'interrogatoire.

De même faut-il essayer, par un examen vraiment clinique, et non hâtif et dédaigneux, de préciser le

maximum séméiologique, maximum de douleur, maximum de défense ou de contracture.

7° Toute la question réside en effet dans ce maximum. Une douleur vive de début ? L'appendicite comme la perforation peuvent la donner, la perforation surtout évidemment... et c'est déjà un point.

Le début épigastrique ou à peu près, les signes de perforation digestive à l'épigastre, qu'il y ait ou non une douleur, une contracture, associée ailleurs, voilà ce qu'il faut essayer de retrouver.

Et toutes les observations montrent que l'on pourrait d'une façon générale.

8° Les commémoratifs seront recherchés soigneusement et précisés... il faudra retrouver vraiment les caractères exacts de l'évolution de l'ulcère, sa chronologie, son évolution, son cycle, etc..., car l'appendicite, avant d'être aiguë, est souvent chronique, et fourmille en troubles digestifs.

La notion de l'âge interviendra également, 30 à 50 ans, ce n'est guère l'âge de l'appendicite.

9° Dans des cas exceptionnels, la présence d'un personnel et d'un matériel qualifiés, et pouvant servir de suite, apportera au moins la satisfaction morale d'avoir tout tenté. En effet, on décrit des images radiologiques des perforations digestives.

10° Mais la parole reste en réalité à la clinique, et elle reste dominée, comme toujours; par l'inter-

rogatoire, révélant les commémoratifs, et par l'examen minutieux, révélant le début et le siège maximum des troubles.

Cette notion est plus nette lorsque précoce, plus difficile à retrouver lorsque l'examen est tardif, mais l'on doit tendre de toutes ses forces à obtenir ces précisions. Sauf le cas de forme vraiment anormale, elles restent à la base du diagnostic exact.

Vu : *Le Président de Thèse,*
MIGINIAC.

Vu : *Le Doyen,*
E. BARDIER.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 25 Juillet 1936.
Le Recteur :
Président du Conseil de l'Université,
J. GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

Bartrina (J. M.). — La clinica vista a traveo de un caso clinico (*Ars. med. Barcelona,* n° 8, pp. 433-440, novembre 1932).

Baudet (G.). — Perforation d'ulcère gastrique évoluant avec une symptômatologie appendiculaire (*Toulouse Médical,* n° 19, 1er octobre 1933).

Bégouin (P.). — Perforation d'ulcères gastro-duodénaux et appendicite (*J. de Méd. de Bordeaux,* n° 57, pp. 543-546, 25 juillet 1927).

Cheyne (W. M.), Wilbe (H.). — A case of perforated gastric ulcer in a boy aged 13 years disease appendix operation; recovery (*Rep. Soc. Study Dis. Child. Lond.* 1903, n° 4, t. IV, pp. 271-277, also (Abstr.) *Lancet Lond.* 1904, t. I, p. 1.641).

Codman (E. A.). — Acute perforation of a malignand ulcer of the pylorus resembling a case of acute appendicitis (*Boston M. E. S. J.* 1902, t. CXLVI, pp. 228-230).

Corner. — *Proceedings of the Royal Society.* Londres, 1913, p. 164.

Finsterer. — *Wiener Mediz.,* 1921, p. 305.

FOURDINIER. — Ulcère perforant duodénal et ulcère perforant pylorique ayant simulé une appendicite (*J. d. Sc. med. de Lille*, 1910, n° 1, pp. 325-333).

GÉREZ (L.), GONZALEZ-MARTINS (J.). — Abscesos subfrenicos de origen apendicular y ulceroso (*Progressos de la Clin.*, n° 41, pp. 478-487, août 1933).

GERMAIN, DU BOURGUET. — A propos d'un cas de perforation d'ulcère de l'estomac à symptômatologie appendiculaire (*Soc. Méd. Mil. franç. Bull. Mens.* n° 26, pp. 153-156, octobre 1932).

HARTE (R. H.). — Perforating gastric ulcer simulating appendicitis (*Tr. Acad. Surg. Phila.* 1901, t. III, pp. 65-68, also : *Ann. Surg. Phila.* 1901, t. XXXIII, pp. 212-215).

HARTMANN. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1923, p. 1114.

HORSLEY (V.). — A case of perforated gastric ulcer simulating appendicitis (*Lancet Lond.* 1895, t. II, p. 78).

LECONE-LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale.*

LEJARS. — Chirurgie d'urgence.

MONDOR. — Diagnostics d'urgence.

MONDOR et LAURENT. — Les ulcères gastriques et duodénaux perforés, Paris, 1923, (Travail d'ensemble).

MOORE (C. A.). — A case of simultaneous suppurative appendicitis and perforated gastric ulcer (*Lancet Lond.* 1910, t. I, p. 103).

PETREN. — *Surgery Gynecol. Obstetrics*, 1912, p. 544.

PFLHL. — Appendicite opérée; mort subite par hématémèse, suite d'ulcère rond de l'estomac, vingt-trois jours après l'intervention; expérimentation (Rap. de Rochard) (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 1907, n. s. XXXIII, pp. 857-861).

ROUVILLE (G. DE), MARTIN. — Diagnostic de la perforation des ulcères du duodénum et de l'estomac avec l'appendicite : origine brünnerienne de certains ulcères duodénaux (*Arch. prov. de Chir.* Paris, 1905, t. XIV, pp. 287-317).

RYSER. — *Schmeizer Mediz.*, 1921, p. 923.

SIERRO (E.). — Le drainage dans les péritonites aiguës. Etude de 286 cas de péritonites opérées à la clinique chirurgicale de Genève (*Lyon Méd.* n° 25, pp. 135-167, mars-avril 1928).

STEWART et BARTER. — *Annals of Surgery*, 1922, p. 349.

TROCKI (F.). — Eine doppelle Magenperforation unter dem Bilde einer akuten Blinddarmentzündung (*Zentralbl. f. Chir.* n° 56, p. 2.335, 14 septembre 1929).

ULRICH. — *Revue de Chirurgie*, 1921, p. 467.

VANCE (A. M.). — Perforative ulcer of the stomach with symptoms of appendicitis (*Louisville Month. J. M. et I.* 1899-1900, t. IV, p. 191).

VERDELET. — Perforation de l'estomac consécutive à un ulcère rond et simulant par ses symptômes une appendicite (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1900, t. XXX, p. 129).

WALLACE (C. S.). — A note on the abdominal insisions for the exploration of the appendix and perforated ulcer of the stomac (*Lancet, Lond.* 1905, t. I, p. 792).

— Perforated gastric ulcer acute appendicitis operation; recovery (*St Thomas Hosp. Rep. Lond.*, 1904, n. s. XXXI, p. 202).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

OBSERVATIONS 17

ELÉMENTS DU DIAGNOSTIC POSITIF 33

ELÉMENTS DE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL 45

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 53